

## مقاله پژوهشی

**مراقبت کل نگر پاسخ به نیازهای بیماران سوختگی: یک مطالعه تحلیل کیفی**

پریسا شینی جابری<sup>۱</sup>، کورش زارع<sup>۲</sup>، عبدالعلی شریعتی<sup>۲\*</sup>، مہرناز مرادی<sup>۲</sup>

کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران؛ <sup>۲</sup>دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، اهواز، ایران

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۲/۲۷ تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۱۶

## چکیده:

**رُزمینه و هدف:** رُزمینه و هدف: پرستاران به همراه سایر اعضای تیم مراقبتی، نه تنها در مراقبت جسمی باکیفیت و مؤثر از بیمار فعالیت دارند، بلکه در امور مربوط به وضعیت روحی- روانی بیماران نیز نقش بسزایی دارند. با توجه به این که تجارب پرستاران در اثر قرارگیری مداوم در معرض موقعیت های دنیای واقعی بخش های سوختگی شکل می گیرد؛ مطالعه حاضر با هدف توصیف تجارب مراقبتی پرستاران سوختگی در مواجهه با نیازهای بیماران و ارائه مراقبت کل نگر به آنان انجام شد.

روش کار: این پژوهش کیفی به روش تحلیل محتوا در بیمارستان سوانح و سوختگی طالقانی اهواز در سال ۱۳۹۲ انجام گردید. داده ها از طریق ۱۶ جلسه مصاحبه عمیق فردی و نیمه ساختار یافته با ۱۰ پرستار شرکت کننده که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شده بودند، جمع آوری و با استفاده از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی آنالیز شدند.

یافته ها: مواجهه با نیازهای بیماران سوختگی و ارائه مراقبت چندوجهی توسط پرستاران در سه درونمایه پدیدار گشت که شامل: مراقبت جسمانی از بیمار دچار سوختگی، مراقبت روانی از بیمار دچار سوختگی و حمایت اجتماعی از بیماران با صدمه سوختگی بود.

نتیجه گیری: شرکت کنندگان دید کل نگر به بیماران، بررسی و پایش همه جانبه و ارائه مراقبت مطابق با نتایج ارزیابی و تقاضاهای آنان را یکی از مسئولیت های پرستار سوختگی بر شمردند؛ لذا مسئولین بیمارستان های سوختگی و مدیران پرستاری با اتخاذ تدابیری مناسب، می توانند به نهادینه کردن دیدگاه کل نگر در مراقبت از بیماران دچار سوختگی کمک کنند.

**واژه‌های کلیدی:** مراقبت کل نگر، مراقبت چند وجهی، پرستار سوختگی، تحلیل کیفی محتوا.

## مقدمه:

بخش های سوختگی، واحدهایی هستند که برای مراقبت از افراد با طیف مختلفی از صدمات سوختگی اختصاصی شده اند و دارای متخصصان بهداشتی- درمانی است که توانایی مراقبت از بیماران در مرحله حاد و وخیم بیماری را داشته (۱) و مراقبت چند وجهی ارائه می دهند (۲). مراقبت انجام شده توسط پرستاران سوختگی از اهمیت بالایی برخوردار است؛ چرا که آنان مسئولیت مراقبت و درمان شبانه روزی بیماران را بر عهده دارند (۳).

پرستاری که از بیمار با صدمه سوختگی مراقبت می کند، به سطح بالایی از دانش در مورد تغییرات فیزیولوژیک بعد از سوختگی و نیز مهارت های بررسی

دقیق برای تعیین تغییرات جزئی در وضعیت بیمار نیاز دارد. علاوه براین، وی باید قادر باشد برای بیماری که وضعیت وخیمی دارد، هرچه سریع تر بازتوانی را در حین درمان شروع کند و مراقبت حیاتی و دلسوزانه ای را ارائه دهد. همچنین او باید در برقراری ارتباط مؤثر با بیماران دچار صدمات سوختگی، خانواده های مضطرب آنان و سایر اعضای تیم درمان سوختگی توانا باشد. این توانمندی هاست که منجر به مراقبت با کیفیت و افزایش احتمال زنده ماندن بیمار و کیفیت مطلوب زندگی می شود (۴).

پرستاران که بزرگ ترین گروه از تیم مراقبتی- درمانی سوختگی هستند (۳)، با عوامل مختلفی که در

بخش های سوختگی حکم فرماست، سر و کار دارند؛ که از آن جمله می توان به مسائل مربوط به بیماران با آسیب سوختگی مانند هذیان های فراوان (۵)، مشاهده بدشکلی ها، درد و رنج، آه و ناله ها بیماران، عدم همکاری آنان با درمان های طرح ریزی شده و بیماران محضر اشاره کرد (۱). گذشته از این، پرستاران سوختگی، مسئول مراقبت از بیماران با اقدام به خودسوزی هستند؛ که شیوع این معضل در کشور ۱/۳۹ تا ۴۳٪ است (۶). نادری و فرج اله جعبی با مقایسه ویژگی های شخصیتی و افسردگی در زنان خود سوخته نسبت به زنان عادی دریافتند که زنان خود سوخته افسرده تر بوده و از عصبيت بیشتری برخوردارند (۷). به علاوه، بسیاری از افراد که به هر علت دچار سوختگی می شوند، مبتلا به اختلال استرسی پس از سانحه نیز می شوند که حجم زیادی از فعالیت های واحدهای سوختگی صرف این مبتلایان می شود. در این بیماران بالاترین میزان مراقبت های ویژه پرستاری از نظر مراقبت از زخم، کنترل غفونت، تغذیه و حمایت برای بیماران سوختگی با مشکلات روانشناختی انجام می شود. همچنین، این مبتلایان در معرض شکست دوره درمانی- مراقبتی، فرآیند التیام، بهبودی و بازتوانی در طی زمان بستری هستند (۸) که باعث می گردد مراقبت پرستاری از مددجوی دچار سوختگی پیچیده و دشوار باشد. از سویی آسیب روانی و جسمی همراه با سوختگی می تواند موجب تحلیل قوای مددجو، اعضای خانواده و اطرافیان وی شود؛ لذا داشتن درک درستی از توقعات بالینی ناشی از آسیب و آشنایی با استانداردهای مراقبتی و خط مشی مراقبت های پرستاری، سبب سرعت بخشیدن به برآیندهای مثبت بیمار می شود و پرستار به عنوان عضو کلیدی از تیم سوختگی، مسئول طراحی برنامه مراقبتی بر حسب نیازهای تغییر یافته حین معالجات و مراحل مختلف دوران نقاهت می باشد (۹).

همانطور که اشاره شد، مراقبت در بخش های سوختگی چالش برانگیز است. بیماران دچار سوختگی دارای نیازهای مراقبتی جسمانی و روانی ویژه ای هستند.

اکثر این بیماران از اختلالات روانی نظیر افسردگی، اضطراب، اختلال استرسی پس از آسیب، انزوا و گوشه گیری رنج می برند. همچنین، انجام اعمال مراقبتی سنگین و دردآوری نظیر دبریدمان و پانسمان زخم های وسیع سوختگی، استشمام بوی اندام دچار سوختگی، مشاهده بدشکلی بیماران و زخم های عمیقی که تا استخوان پیشروی کرده است، همگی به طور خودآگاه و ناخودآگاه بر ادراکات پرستاران اثر گذاشته و تجربه ای را در آنان رقم می زند که در سایر بخش ها و پرستاران قابل درک و شناسایی نمی باشد؛ لذا با توجه به این که تجارب پرستاران در اثر قرارگیری مداوم در معرض موقعیت های دنیای واقعی بخش های سوختگی شکل می گیرد (۱۰)؛ مطالعه حاضر با هدف توصیف تجارب مراقبتی پرستاران سوختگی در مواجهه با نیازهای بیماران و ارائه مراقبت کل نگر به آنان انجام شد.

### روش بررسی:

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی است که به روش تحلیل کیفی محتوا با رویکرد قراردادی، برای کشف و پی بردن به تجارب مراقبتی پرستاران شاغل در بخش های سوختگی در مواجهه با نیازها بیماران و ارائه مراقبت کل نگر، از فروردین تا مرداد ماه ۱۳۹۲ در بیمارستان سوانح و سوختگی آیت اله طالقانی اهواز انجام گرفت. جامعه پژوهش در برگیرنده تمامی کادر پرستاری شاغل در محیط پژوهش بود. پس از تصویب و اخذ مجوز شروع طرح و دریافت کد اخلاقی از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، محقق در محیط پژوهش حضور یافت و پس از بیان صریح اهداف مطالعه و آگاه ساختن شرکت کنندگان احتمالی از ضبط صدا هنگام مصاحبه ها، از آن هایی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، جهت شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: پرسنل پرستاری دارای حداقل شش ماه سابقه کار در بخش سوختگی، داشتن تجارب مراقبتی در زمینه

مراقبت از بیماران با آسیب سوختگی و توانایی برقراری ارتباط مناسب جهت بازگویی این تجارب، علاقمند به بیان روشن و واضح تجارب مراقبتی، نداشتن سابقه ای از ابتلا به بیماری های اعصاب و روان، و عدم مصرف داروهای مؤثر بر اعصاب و روان (براساس مدارک پزشکی موجود در پرونده پرسنل) بود.

برای تعیین حجم نمونه، کدگذاری متن های بازنویسی شده از هر مصاحبه انجام و کدهای اولیه استخراج گشت. پس از کدگذاری هر مصاحبه و با توجه به نتایج حاصله، شرکت کننده بعدی انتخاب شدند و فرآیند نمونه گیری تا زمان اشباع داده و تکرار کدهای اولیه ادامه یافت. در مجموع، با ده تن از پرسنل پرستاری شاغل در بخش های مختلف مراقبت سوختگی مصاحبه های عمیق و نیمه ساختار یافته انجام شد. در مصاحبه ها با پرسیدن سؤالاتی نظیر "نیازهای یک بیمار دچار سوختگی چیست؟" و "شما در واکنش به تقاضای بیماران خود، چه عکس العملی نشان می دهید؟" که به وسیله دستگاه ضبط صدا ثبت شد و یادداشت های در عرصه، تلاش شد فرصتی فراهم آید که افراد تجارب مراقبتی خود را بیان نمایند.

مجموعاً مصاحبه ها در ۱۶ جلسه برگزار شد که مدت زمان انجام هر کدام از مصاحبه ها در یک گستره زمانی از بیست دقیقه (مربوط به مصاحبه تکمیلی با مشارکت کنندگان) تا شصت دقیقه متغیر بود. طول مدت هر جلسه، به محتوای موضوع و نیز شرایط جسمی و روحی شرکت کننده بستگی داشت.

در این مطالعه تحلیل داده ها از همان مصاحبه اول و به موازات انجام مصاحبه ها (تحلیل همزمان) انجام گردید. متن مصاحبه ها به صورت کلمه به کلمه بازنویسی شد. پس از آن، در چندین نوبت به نوار مصاحبه ها گوش داده شد و متن مصاحبه ها بارها خوانده شد تا محقق درک کلی از داده ها به دست آورد. سپس، با استفاده از رویکرد استقرایی، فرآیند آنالیز ادامه یافت و کدهای اولیه مشخص و در حاشیه متن مصاحبه نوشته شدند. در گام بعدی پژوهش،

سازماندهی داده های کیفی انجام گردید که شامل کدگذاری باز، ایجاد دسته ها و انتزاع بود (۱۱). در این پژوهش، پس از استخراج و مشخص شدن کدهای اولیه، آن هایی که دارای مشابهت بودند، در یک طبقه قرار داده شدند. هر گروه با استفاده از مشخصات محتوای کلمات، نام گذاری شدند. طبقات دارای وقایع و حوادث مشابه، به عنوان درونمایه گروه بندی گردیدند. در نهایت، فرآیند خلاصه سازی تا آنجا که معقول و امکان پذیر بود، ادامه یافت.

جهت افزایش دقت و مقبولیت یافته ها، از تلفیق روش های مختلف نظیر انجام مصاحبه های عمیق، تنوع در انتخاب مشارکت کنندگان تحقیق از نظر سابقه کار در بخش و تحصیلات، چک کردن مجدد با مصاحبه شوندگان (member check) که پس از انجام و پیاده سازی مصاحبه، متن آن در اختیار شرکت کننده قرار داده شد تا از صحت داده ها اطمینان حاصل آید و نیز چک داده های به دست آمده با دیگر متخصصان و پژوهشگران آشنا به مطالعات کیفی (peer check)، استفاده شد. در روش بررسی داده ها با ناظران خارجی، کدهای اولیه استخراجی به همراه طبقات و درونمایه های به دست آمده در اختیار دو تن از اساتید عضو هیئت علمی دانشگاه که دارای سابقه هدایت و اجرای مطالعات کیفی بودند، قرار داده شد تا از نظرات تکمیلی آن ها بر فرآیند کدگذاری بهره برده شود.

### یافته ها:

در این مطالعه ۱۰ پرستار شاغل در بخش های زنان، مردان، اورژانس، اطفال، ویژه مراقبتی و جراحی ترمیمی بیمارستان سوانح و سوختگی آیت اله طالقانی اهواز شرکت کردند که در مجموع ۱۶ جلسه مصاحبه با آن ها برگزار شد. نه تن از مشارکت کنندگان زن بودند و تنها یک شرکت کننده مرد حضور داشت. میانگین سابقه کار پرستاری آن ها ۸ سال و سابقه کار در بیمارستان سوختگی ۶/۸ سال بود. یافته های بدست

آمده در ارتباط با مواجهه با نیازهای بیماران سوختگی و ارائه مراقبت چندوجهی توسط پرستاران در سه درونمایه پدیدار گشت که شامل: مراقبت جسمانی از بیمار دچار سوختگی، مراقبت روانی از بیمار دچار سوختگی و حمایت اجتماعی از بیماران با صدمه سوختگی بود.

درونمایه ۱) مراقبت جسمانی از بیمار سوختگی:

مراقبت جسمی، پاسخ پرستاران به مشکلات حاد جسمی بیماران سوختگی بود؛ صدمه ای که نه تنها پوست و ظاهر بدن را درگیر کرده، بلکه مشکلات داخلی نظیر مشکلات تنفسی، کلیوی، و حرکتی را نیز برای بیماران به وجود می آورد. همچنین در این مطالعه زیر طبقات این درونمایه شامل امور روتین، پاسخگویی به تقاضاها و نیازهای مکرر بیماران، تسکین درد و بازتوانی بودند.

۱-۱) امور روتین: این طبقه اشاره به انجام امور روتین بخش های مراقبتی مانند کنترل جذب و دفع، مایع درمانی، بررسی علائم حیاتی، دارو درمانی، مراقبت از زخم و غیره توسط پرسنل پرستاری داشت. به طوری که بیشترین حجم کاری پرسنل بدان اختصاص می یافت.

"یکی از مهمترین اصول درمان بیماران سوختگی، سرم تراپی به موقع و به اندازه اون هاست. یکی از ریزه کاری هایی که خیلی هم مهم هست و شاید بی اهمیت به نظر برسه کنترل علائم حیاتی به خصوص درجه حرارت هست که باید حواسمون به عفونت زخم های بیمار باشه (شرکت کننده شماره ۸)".

۱-۲) تسکین درد: اکثر پرستاران مهم ترین مشکل فیزیکی بیماران را درد سوختگی ذکر کردند؛ دردی که نه تنها با دادن مسکن ها تخفیف نمی یافت، بلکه با کمترین حرکت و انجام پروسیجرهای مراقبتی - درمانی تشدید می شد. یکی از پرستاران بیان داشت:

"بیماری که به دلیل سوختگی بستری می شه، فوق العاده درد شدیدی داره که با قویترین مسکن ها هم

آروم نمی شه. اینا علاوه بر درد سوختگی، دردهای دیگه ای هم دارن. کسی که توی انفجار سوخته، هم درد سوختگی داره هم درد شکستگی و کوفتگی بدن. هزار تا مشکل داخلی دیگه هم دارن" (شرکت کننده شماره ۱).

۳-۱) پاسخگویی به تقاضاها و نیازهای مکرر بیماران: شرکت کنندگان با اشاره به درماندگی و ناتوانی بیماران دچار سوختگی، از مواجهه با تقاضاها و نیازهای مداوم و مکرر بیماران سخن به میان آوردند که آنان را مجبور به پاسخگویی به نیازهای حرکتی و فیزیولوژیک بیماران خود می کرد. در این باره یکی از شرکت کنندگان اظهار کرد:

"این بیمارها تقاضاهای زیادی دارن؛ مدام پرستار رو صدا می زنن. باید به درخواست های این بیمارها که همش میگن درد داریم، مسکن مخدر می خوایم، تشنمه، سرده و غیره برسیم. بیماری که پوستش رواز دست داده و تمام سطح بدنش حتی سر و صورتش هم پانسمانه و نمی تونه پتو روی خودش بکشه، نمی تونه یه لیوان آب بخوره و برای هر چیزی نیازمند یه نفر دیگه هست. این وظیفه ماست که کمکشون کنیم، گاوآژ انجام بدیم، دردشون رو آروم کنیم. کمکشون از تخت بیان پایین یا تغییر وضعیت بدیم" (شرکت کننده شماره ۳).

۴-۱) بازتوانی: این طبقه اشاره به کارها و پیگیری های مشارکتی پرستاران و متخصصان فیزیوتراپی و کار درمانی جهت بازگرداندن توانایی های حرکتی به بیمار و پیشگیری از عوارض ناشی از آسیب دارد.

"هر روز صبح فیزیوتراپ میاد تو بخش یه سری حرکات رو با بیمارها انجام می ده؛ اما بعد از اون نوبت ماست که به بیمارها کمک کنیم تا این تمرینات رو مرتباً تکرار کنن (شرکت کننده شماره ۶)".

درونمایه ۲) مراقبت روانی از بیمار سوختگی:

یکی از سخت ترین جنبه های کاری پرستاران شاغل در بخش های سوختگی، مواجهه با مشکلات و نیازهای روانی بود. پرستاران بیان کردند که سوختگی نه تنها جسم بیمار را متأثر می کند، بلکه بر روح و روان بیمار و خانواده وی نیز اثر می گذارد. بیماری که دچار آسیب سوختگی شده است، به شدت نگران ظاهر و تصویر خویش است و این مسئله موجب افسردگی، انزوا، اضطراب، اختلال استرسی پس از تروما و حتی اقدام به خودکشی می گردد. براساس داده ها، مراقبت روحی- روانی پرستاران شامل پایش روانی، برقراری ارتباط درمانی و آرامسازی می شد.

۲-۱) پایش روانی: از جمله اعمال تشریک مشاعی میان اعضای تیم سوختگی، بررسی و کنترل وضعیت روحی- روانی بیماران حتی پس از ترخیص از بیمارستان است. حضور روزانه متخصص روانشناس در بخش ها، استفاده از چک لست ها و فرم های مخصوص ارزیابی روانشناختی بیماران، کنترل و بررسی رفتار بیماران، میزان اشتها، وضعیت خواب و استراحت، برگزاری جلسات مشاوره ای با بیمار و خانواده وی همگی از اقدامات مراقبتی و درمانی تیم سوختگی بود. در این رابطه یکی از مشارکت کنندگان بیان کرد:

"بعد از این که بیمار ترخیص شد، اون رو به یه مرکز مشاوره معرفی می کنیم که همراه با خونوادش واسه مشاوره اونجا بره" (شرکت کننده شماره ۷).

۲-۲) برقراری ارتباط درمانی: براساس یافته ها، برخی از بیمارانی که در پی حادثه دچار سوختگی می شدند، یا اعضای خانواده بیماران، گاهی مشکل پیش آمده را نمی پذیرفتند و در مرحله انکار و ناباوری به سر می بردند. پرستاران سعی می نمودند در مواجهه با این افراد با ملایمت، احتیاط و قاطعیت رفتار کنند تا آنان را به سمت پذیرش و قبول این مشکل سوق دهند.

"بیمارای زیادی داشتم که اذیت می کردن، نمی داشتن براشون کاری بکنیم، نمی خواستن درمان بشن و همش لجبازی می کردن؛ اما رفتم پیشش، باهاش آروم حرف زدم و سعی کردم قانعش کنم به درمانش ادامه بده و با خودش و سلامتیش لج نکنه" (شرکت کننده شماره ۴).

۳-۲) آرامسازی: این مضمون بیانگر مهارت و توانمندی پرستاران در برخورد با بیماران و خانواده های بی قرار، مضطرب و پریشان بود. استفاده از لحن طنزآمیز، بیان مثال هایی از بهبودی و موفقیت افراد دچار سوختگی، شرح مراحل درمان و مراقبت ها از جمله روش هایی بودند که پرستاران جهت آرام ساختن و کاهش نگرانی افراد به کار می بردند.

"این بیمار می گفت خیلی از فضای اینجا می ترسم. واسه همین سعی کردم فضای اینجا رو عوض کنم؛ سعی کردم هم یه کم باهاش شوخی کنم، هم آرومش کردم که از چی می ترسی؟ حالا مگه چی شده؟ این که یه کوچولو زخم شده! چطور سوختی؟ چرا سوختی؟ و از این حرف ها و سوالات سعی کردم سنگینی فضای اینجا براش کمتر بشه (شرکت کننده شماره ۳).

درونمایه ۳) حمایت اجتماعی از بیماران با صدمه سوختگی:

بنابر گفته های پرستاران، یکی دیگر از مشکلات به وجود آمده برای بیمار دچار سوختگی، ایجاد مشکلات اجتماعی و خانوادگی بعد از حادثه بود. مشکلاتی نظیر طرد شدن از سوی خانواده، جدایی از همسر، ازهم پاشیده شدن خانواده، ترس و دید منفی مردم نسبت به این بیماران و به تبع آن تصمیم بیمار مبنی بر ترک تحصیل و استعفا از کار، همگی از جمله آسیب های اجتماعی بودند که بر زندگی و روابط اجتماعی بیماران پس از آسیب سایه می افکند.

"چندین مورد داشتیم که این زنای بیچاره که سوخته بودن، شوهرانشون یا خانوادهاشون نداشتن درمانشون ادامه پیدا کنه و اوامدن با رضایت شخصی این بدبختا رو بردن خونه. یا به خاطر اینکه خانم پوست صورتش دچار سوختگی شده بود، همسرش ازش جدا شد و طلاق گرفتن" (شرکت کننده شماره ۹).

پرستار دیگری درباره مشکلات اجتماعی بیماران چنین گفت:

"بیمار بعد مرخص شدن از بیمارستان، بر می گرده تو اجتماع. این مرد یا زن قبل از این حادثه یه نقشی تو این جامعه داشته، با فامیل و دوستانش ارتباط داشته، جایی کار می کرده و حالا دوباره می خواد برگرده به جای قبلیش. بیماری زیادی داشتیم که به خاطر رفتار بد بقیه از کارشون استعفا دادن و خونه نشین شدن. متأسفانه خیلی از افراد جامعه نمی دونن که این جای زخم سوختگی و باهاشون مثل کسی که بیماری واگیرداری داشته باشه مثل جزامی ها برخورد می کنن. یا چنان به طرف خیره می شن که طرف رو خجالت زده و ناراحت می کنن. شرکت کننده شماره ۸"

۳-۱) مددکاری: در نتیجه، سروکار داشتن با بیمارانی که از مشکلات اجتماعی رنج می بردند، موجب می شد پرستاران با کمک به بیماران در کسب مهارت و یافتن شغل، پرداخت هزینه های درمانی، معرفی به مراکز بهزیستی و کمیته امداد و نظایر آن، سعی در حمایت اجتماعی از بیمار کنند.

"مواردی داشتیم که همسر بیمار به خاطر ضایعات سوختگی در صورت بیمار ازش جدا شده و حالا این بیمار منبع درآمدی نداشته. اوامده اینجا خواسته بذاریم اینجا کار کنه. هر کدوم از بچه ها به آشناهاشون سپردن تا وانش کاری پیدا کنن. در آخر هم این خانم پیش مادر یکی از همکاران خیاطی یاد گرفت و شروع به کار کرد (شرکت کننده شماره ۱۰)."

شرکت کننده دیگری اظهار داشت: "بعضی افرادی که می آن اینجا بستری می شن به نون شب محتاجن. خانواده از پس خرج و مخارج بیمار بر نمیداد. وقتی این افراد رو می بینیم، پرسنل هرجوری که بتونن کمک می کنن؛ به این مؤسسات خیریه معرفی شون می کنیم، لباس می گیریم، داروهاش رو می خریم، پول می داریم رو هم هزینه بیمارستان رو می دیم. خلاصه هر کاری که از دستمون بر میاد وانش می کنیم" (شرکت کننده شماره ۸).

۳-۲) دفاع از حقوق بیمار: مواجهه با مسائلی نظیر جلوگیری کردن همسر از ادامه درمان زوجه و ترخیص وی با رضایت شخصی که منجر به وخامت حال بیمار و مرگ وی می شد، حتم یا ظن داشتن به سوختگی عمدی کودکان یا افراد سالمند توسط قیم آن ها و مشابه چنین مواردی، واکنش پرسنل را در جهت دفاع از حقوق انسانی بیماران در پی داشت. دادن حق ترخیص با رضایت شخصی با حضور نماینده قانونی بیمارستان، اعلام موارد سوء رفتار با کودکان، سالمندان یا سایر بیماران به واحد مددکاری و مدیریت بیمارستان از جمله اقدامات حمایتی در دفاع از حقوق بیماران بود.

"چند وقت پیش یه آقای مسنی بخاطر سوختگی با آبجوش اینجا بستری بود. خونوادش به زور میومدن بهش سر می زدن. بعد معلوم شد پسرش مجبورش کرده با آب داغ حمام کنه و سوخته. ما وقتی موضوع رو فهمیدیم به پزشک اطلاع دادیم و با هماهنگی پزشکی قانونی و حراست، پسرش دادگاهی شد (شرکت کننده شماره ۲)."

## بحث:

هدف ما از انجام این مطالعه، توصیف تجارب مراقبتی پرستاران سوختگی در مواجهه با نیازهای بیماران و ارائه مراقبت کل نگر به آنان بود. داده ها از طریق تحلیل کیفی قراردادی بر محتوای متن مصاحبه های فردی و عمیق انجام شده با ۱۰ نفر از کادر پرستاری

بیمارستان سوانح و سوختگی آیت اله طالقانی اهواز به دست آمد و یافته های استخراجی به سه درونمایه مراقبت جسمانی از بیمار دچار سوختگی، مراقبت روانی از بیمار دچار سوختگی و حمایت اجتماعی از بیماران با صدمه سوختگی دسته بندی شدند.

بنابر اظهارات شرکت کنندگان در مطالعه حاضر، صدمه سوختگی نه تنها بر جسم بیمار، بلکه بر ابعاد روانی بیمار، افراد خانواده و روابط میان بیمار و آن ها و فعالیت های اجتماعی وی (حضور در جامعه، اشتغال و ادامه تحصیل) اثر گذاشته و حتی موجب طلاق و از هم پاشیده شدن زندگی زناشویی بیمار می شود. از طرف دیگر، بیماران بستری در بخش ها هر کدام دارای زمینه و بافت فرهنگی خاصی هستند که مسائل درمانی را تحت تأثیر خود قرار می دهد. این یافته هم راستا با مطالعه راهزانی و همکاران درباره مشکلات اجتماعی بیماران سوخته دچار بدشکلی های ظاهری است (۱۲). همچنین در مطالعه Dyster-Aas و همکاران بیان شد که اسکارهای حجیم شده و علائم و نشانه های روانی- اجتماعی، از مشکلات عمده و اساسی برای بازماندگان سوختگی پس از گذر از مرحله حاد می باشند؛ به طوری که ۲۰٪ بیماران از افسردگی متوسط تا شدید رنج می بردند (۱۳).

پرستاران شرکت کننده نیاز به ارائه مراقبتی که تمام ابعاد وجودی فرد بیمار را در برگیرد، مورد تأکید قرار دادند. شرکت کنندگان، بررسی و پایش همه جانبه، ارائه مراقبت مطابق با نتایج ارزیابی و تقاضاهای آنان و مراقبت چندوجهی را یکی از مسئولیت های پرستار سوختگی برشمردند. Greenfield معتقد است پیچیدگی و درگیری سیستم های مختلف در بیمار دچار سوختگی، پرستار سوختگی را مطالبه می کند که دارای پایه علمی گسترده ای از نارسایی اندام های مختلف، تکنیک های مراقبت ویژه، مطالعات تشخیصی و مهارت های روانی- اجتماعی و بازتوانی باشد. چرا که پرستار شاغل در بخش های سوختگی بر کل مراقبت از بیمار، هماهنگ کردن فعالیت ها با سایر رشته ها مانند

شغل درمانی و فیزیوتراپی، خدمات اجتماعی، خدمات غذایی و داروسازی نظارت می کند و متخصص در مراقبت از زخم، پیشگیری از عفونت و کنترل درد نیز است (۱۴). غفاری و محمدی نیز در آنالیز مفهومی و ارائه مدل مراقبت پرستاری بیان کردند که پرستاران باید بر اساس نیازهای بیماران از آن ها مراقبت کنند (۱۵). در واقع، مراقبت کل نگر و چند وجهی، مشاهده افراد به عنوان یک کل شامل ذهن، جسم و روح را درگیر می کند (۱۶). پرستاران بازنشسته شرکت کننده در مطالعه کیفی احمدی و همکاران، بر اهمیت برقراری ارتباط انسانی با بیماران تأکید داشتند و اظهار کردند پرستار باید بیمار را جزئی از خانواده خود بداند تا قادر باشد مراقبت های پرستاری همه جانبه را با کیفیت مناسب برای بیمار ارائه نماید (۱۷). در مطالعه زارع و همکاران نیز که با هدف تبیین تجارب مراقبتی روان پرستاران انجام شد، مضمون ارتباط چندوجهی مستمر اشاره به این مسئله داشت که پرستاران می بایست بیماران را درک نموده، آن ها را بعنوان یک انسان پذیرفته، اعتماد و همکاری آن ها را جلب کرده، به آن ها آموزش داده و از آن ها حمایت کنند (۱۸)؛ که یافته های این دو مطالعه هم راستا با نتایج ما می باشند.

ابعاد عاطفی و معنوی که دو جنبه از سلامت فردی می باشند، اغلب در پرستاری نادیده گرفته می شود (۱۹). شرکت کنندگان در مطالعه Boswell و همکاران بیان داشتند که تجربه مراقبت پرستاری باید جنبه معنویت را نیز در برگیرد (۱۹)، که در تضاد با آن، پرستاران شرکت کننده در مطالعه ما به این جنبه از مراقبت توجهی نداشتند. دلیل این تضاد، انتخاب نمونه های پژوهش مطالعه Boswell و همکاران از میان افرادی بودند که به صورت آنلاین در برنامه ترکیب عمل مبتنی بر شواهد و معنویت با عنوان BLOG شرکت کرده بودند. این برنامه به دانشجویان اجازه پذیرش ایده های معنوی و مراقبت همه جانبه در یک محیط کنترل شده و امن را می داد؛ ولی در مطالعه ما اکثریت افراد معتقد به دین اسلام و دارای عقاید مذهبی بودند؛

برابر بیماران، خانواده ها و جوامع و حتی جهان متعهد می دارد (۲۶).

پژوهش حاضر دارای نقاط ضعف و محدودیت هایی می باشد. نخست، ناآشنایی پژوهشگر به مطالعات کیفی و عدم سابقه اجرا و همکاری در این نوع مطالعات بود که تلاش گردید با مشاوره و راهنمایی گرفتن از اساتید و صاحب نظران آشنا به پژوهش کیفی و مطالعه کتب و مقالات مرتبط با روش کار کیفی، اثرات سوء این محدودیت کاهش یابد. همچنین علی رغم اینکه سعی شد مشارکت کنندگان دارای تنوع و گوناگونی از نظر سطح تحصیلات، سابقه کاری، وضعیت تأهل باشند؛ اما تنها یک پرستار مرد رضایت خود را جهت شرکت در مطالعه اعلام نمود.

### کاربرد یافته های پژوهش در بالین:

مریبان و اساتید با انتخاب روش ها و رویکردهای بالینی که مراقبت کل نگر از بیماران و مددجویان را به دانشجویان پرستاری آموزش می دهند، می توانند نسبت به تربیت پرستاران با کیفیت و مهارت که توانایی مراقبت چندوجهی از بیماران را دارا می باشند، اهتمام ورزند. همچنین، مسئولین بیمارستان های سوختگی و مدیران پرستاری با اتخاذ تدابیری مناسب، می توانند به نهادینه کردن دیدگاه کل نگر در مراقبت از بیماران دچار سوختگی کمک کنند.

### نتیجه گیری:

همانطور که نشان داده شد، پرستاران شرکت کننده در مطالعه ما نیازهای مختلف بیماران دچار صدمه سوختگی را مورد شناسایی قرار دادند و در جهت کمک به مرتفع ساختن نیازهای مختلف بیماران برآمدند. پرستاران نه تنها بیماران، بلکه خانواده های آنان را نیز مورد توجه و حمایت قرار داده و با رویکردی کل نگر و چندوجهی، امر مراقبت از این بیماران را به انجام می رساندند.

با این حال، در هیچ کدام از بخش های محیط پژوهش محلی برای انجام فرایض دینی و عبادت وجود نداشت و بیماران بر روی تخت های آلوده به ترشحات خونی و پرستاران و همراهان بر روی تکه های روزنامه نماز می خواندند.

در مطالعه حاضر همچنین شرکت کنندگان نیاز به حمایت و کمک به بیماران دچار آسیب سوختگی از سوی خانواده و اجتماع برای کمک به درمان و بهبودی این بیماران و نیز بازگشت موفق آنان به جامعه را مورد تأکید قرار دادند. در تضاد با یافته های ما، Edo و همکاران اظهار نمودند که توجه و تأکید پرستاران شرکت کننده در مطالعه بر جنبه جسمی و پزشکی مراقبت از بیمار بوده و آن ها خود را ملزم به توجه نسبت به نیازهای وجودی و عاطفی بیماران یا خانواده های آن ها نمی دانند (۲۰). در حالی که مهارت های ارتباطی افراد حرفه ای در ارائه مراقبت از بیماران مهم بوده و ارتباط هسته مرکزی در حرف خدمات بهداشتی و درمانی می باشد (۲۱). همچنین داشتن ارتباط مثبت با بیمار و خانواده وی از جمله عواملی معرفی شده اند که مانع تصمیم پرستاران جهت ترک خدمت می شوند (۲۲). در دیگر مطالعات نیز پرستاران نیاز به حمایت از والدین را در طول بستری کودک در بیمارستان مورد تأیید قرار داده اند (۲۳) و ارتقاء و تقویت رابطه میان والدین با پرسنل پرستاری از طریق گذاشتن دوره های آموزشی جهت برقراری ارتباط بین پرستاران و والدین قبل از پروسیجر پانسمان سوختگی و نیز ارتباط با والدین مضطرب را مورد نیاز دانسته اند (۲۴).

در نهایت اینکه، پرستاران کل نگر باید براساس دید جامع که در آن مردم به عنوان انسان هایی بیولوژیکی، روانی، اجتماعی و روحانی می باشند، برای مراقبت از هر بیمار آموزش ببینند (۲۵). در همین رابطه، Lukose با بررسی مراقبت انسان گرایانه، مراقبت کل نگر و روابط قابل اعتماد میان مراقبت کنندگان و بیماران، پیشنهاد کرد که پرستاران باید از نظریه مراقبت بشر دوستانه واتسون استفاده کنند؛ چرا که آن ها را در



### تشکر و قدردانی:

مطالعه حاضر بخشی از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد پرستاری می باشد که در دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز تصویب و هزینه های آن قبل گردیده است. بدینوسیله از پرستاران شرکت کننده و سایر کسانی که در اجرای این طرح همکاری نمودند، سپاسگزاری و تشکر صمیمانه ای عرض می گردد.

به نظر می رسد پیگیری و تحت نظر داشتن بیماران و خانواده های آنان توسط روانشناسان و مشاوران در زمان بستری و نیز پس از ترخیص از بیمارستان، می تواند مفید و سودمند باشد. با توجه به نقش رسانه ها در فرهنگ سازی و تقویت آن در اجتماع، پیشنهاد می شود با ساخت و تولید برنامه های متنوع رایویی و تلویزیونی، نسبت به آگاهی بخشیدن به افراد جامعه در خصوص این بیماران و رفتار با آنان اقداماتی صورت گیرد.

### منابع:

1. Cronin C. How do nurses deal with their emotions on a burn unit? Hermeneutic inquiry. *International Journal of Nursing Practice*. 2001 Oct; 7(5): 342-8.
2. Murji A, Gomez M, Knighton J, Fish J. Emotional implications of working in a burn unit. *Journal of burn care & research* 2006 Jan-Feb; 27(1): 8-13.
3. Rafii F, Haghdoost Oskouie S, Mohammadi Fakhari F, Zarei M, Haghani H. Frequency and intensity of nurses' confrontation with intra and extra-organizational factors governing burn centers. *Hayat*. 2012; 18(2): 11-26.
4. Brunner L, Smeltzer S, Bare B L, Hinkle P, Kerry H. Brunner & suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2010.
5. Shimizu T, Feng Q, Nagata S. Relationship between turnover and burnout among Japanese hospital nurses. *Journal of Occupational Health*. 2005 Jul; 47(4): 334-6.
6. Nanbakhsh J, Mohadethi H, Nanbakhsh F, Mazloumi P. The survey of mental health status of women suicide attempters hospitalized burn unit of Imam Khomeini's hospital, Orumieh. *Orumieh Nursing and Midwifery Faculty Journal*. 2009; 7(2): 106-12.
7. Naderi F, Farajollah Chabi I. Personality characteristics and depression in self-inflicted burn female patients compared with normal controls in Ahvaz. *Scientific Medical Journal*. 2010; 9(4): 393-403.
8. Andy Z, Sahbaei F, Mahmoodi M. The comparison of the rate of posttraumatic stress disorder in minor and moderate patients with burn. *Iranian Journal of Nursing*. 2006; 19(45): 49-56.
9. Black J, Hawks JH. Medical surgical nursing: Clinical management for positive outcomes. 8<sup>th</sup> ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders; 2008.
10. Rafiee F, Haghdoost Oskouie S, Yadavar Nikravesheh M. Response of Nursing Staff to Burnout in Burn Centers of Tehran. *Iranian Journal of Nursing*. 2007; 19(48): 7-24.
11. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*. 2008 Apr; 62(1): 107-15.
12. Rahzani K, Taleghani F, Nikbakht Nasrabadi A, Omrani Fard M. Qualitative approach on social problems in burned disfigurement individuals. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2008; 3(11): 37-48.
13. Dyster-Aas J, Willebrand M, Wikehult B, Gerdin B, Ekselius L. Major depression and posttraumatic stress disorder symptoms following severe burn injury in relation to lifetime psychiatric morbidity. *Journal of trauma*. 2008 May; 64(5): 1349-56.
14. Greenfield E. The pivotal role of nursing personnel in burn care. *Indian Journal of Plast Surgery*, 2010; 43(Suppl1): S94-S100.
15. Ghafari S, Mohammadi F. Analysis of nursing care concept: a hybrid model. *Mazandaran University of Medical Science Journal*. 2012; 21(1): 153-64.

16. Koslander T, Arvidsson B. Patients' conceptions of how the spiritual dimension is addressed in mental health care: a qualitative study. *Journal of advanced nursing*. 2007 Mar; 57(6): 597-604.
17. Ahmadi F, Nobahar M, Alhani F, Falahi-Khoshknab M. Factor affecting the quality of nursing care from the retired nurses' perspectives. *Hjayat* . 2011; 17(1): 24-34.
18. Zare K. Exploring the experiences of nurses in psychiatric care [Dissertation]. Tehran: Tehran university of medical sciences; 2012.
22. Holt-Waldo N. A Portrait of Holistic Nurse Educators. *Creative Nursing*. 2013; 19(2): 77-80.
19. Boswell C, Cannon S, Miller J. Students' perceptions of holistic nursing care. *Nursing Education Perspectives*. 2013; 34(5): 329-33.
20. Udo C, Danielson E, Melin-Johansson C. Existential issues among nurses in surgical care--a hermeneutical study of critical incidents. *Journal of advanced nursing*. 2013 Mar; 69(3): 569-77.
21. Stajduhar KI, Thorne SE, McGuinness L, Kim-Sing C. Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of clinical nursing*. 2010 Jul; 19(13-14): 2039-47.
22. Tourangeau AE, Cummings G, Cranley LA, Ferron EM, Harvey S. Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. *Journal of advanced nursing*. 2010 Jan; 66(1): 22-32.
23. Hilliard C, O'Neill M. Nurses' emotional experience of caring for children with burns. *Journal of clinical nursing*. 2010 Oct; 19(19-20): 2907-15.
24. Smith AL, Murray DA, McBride CJ. A comparison of nurses' and parents' or caregivers' perceptions during pediatric burn dressing changes: An exploratory study. *Journal of Burn and Care Research*. 2011 Mar-Apr; 32(2): 185-99.
25. Burnell L. Exploring the compassionate care connection. *Journal of Christian nursing*. 2010 Oct-Dec; 27(4): 306-11.
26. Lukose A. Developing a practice model for Watson's theory of caring. *Nursing Science Quarterly*. 2011 January 1, 2011; 24(1): 27-30.

## Holistic care as a response to the needs of burn patients: a qualitative content analysis

Sheini-Jaberi P<sup>1</sup>, Zarea K<sup>2</sup>, Shariati A<sup>2\*</sup>, Moradi M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Student Research Committee, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran; <sup>2</sup>Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

Received: 18/March/2014 Accepted: 4/April/2013

**Background and aims:** Nurses, together with other members of the care team, not only act for the quality and efficiency of the physical care, but also play an important role in the patient's psychological issues. Since nurses' experiences are shaped due to their continuous exposure to real-world situations in burn wards, the aim of this study was to explore the caring experiences of burn nurses faced with patients' needs and providing them holistic care.

**Methods:** This study was a qualitative content analysis conducted at the Taleghani Burn Hospital in Ahvaz, 2013. Data were collected by conducting sixteen semi-structured and in-depth interviews with 10 participating nurses selected through purposeful sampling method. Then, they were analyzed by the conventional, qualitative content analysis approach.

**Results:** Following data analysis, three themes emerged including: providing physical care, providing psychological care, and social support of burn patients.

**Conclusion:** The participants described holistic view towards the patients, overall checking and monitoring, providing care in accordance with assessment results, and their demands as the responsibilities of nurses. So, the persons in charge for burn hospitals and nursing managers could take the appropriate measurement for grounding a holistic point of view in care giving of burned patients.

**Keywords:** Holistic care, Multifaceted care, Burn nurse, Qualitative content analysis.

**Cite this article as:** Sheini-Jaberi P, Zarea K, Shariati A, Moradi M. Holistic care as a response to the needs of burn patients: a qualitative content analysis. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2014; 3(1): 17-27.

---

**\*Corresponding author:**

Pediatric Nursing Dept., Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.  
Tel: 00989169216550, E-mail: Abdolalishariati36@gmail.com.